

Si el Crimen le Afecta ...

El Programa de Compensación a la Víctima Podría Ayudarle

Solicitud

Arnold Schwarzenegger, Gobernador

El *Victim Compensation and Government Claims Board*, Programa de Compensación a la Víctima, le ayuda a la víctima que ha sufrido pérdidas relacionadas con lesiones penales. El costo del programa es pagado completamente por multas recibidas de ofensores, no por los dólares recibidos de los impuestos de California.

¿Quién puede recibir ayuda?

- La persona que ha sido lesionada física o emocionalmente por un delito en California.
- El residente de California que ha sido lesionado por delito o terrorismo no importe donde suceda.
- El sobreviviente de una víctima que se haya muerto debido directamente a un delito, y cualquier persona que haya pagado por los gastos médicos, funerales, y/o de entierro de dicha víctima.
- El esposo(a), hijo(a), padre, o hermano de la víctima; un integrante de la familia de la víctima, incluyendo el prometido(a) de la misma que haya visto el delito.
- La persona que haya estado viviendo en la casa de la víctima al suceder el delito, o quien haya vivido con la víctima durante por lo menos dos años en una relación parecida a la de esposo(a), hijo, padre, o hermano de la víctima.
- La persona principal encargada de una víctima menor de edad.

Requisitos de Elegibilidad

- Repórtele el delito a una agencia policial, a Servicios de Protección a Menores (CPS), o a Servicios de Protección a Adultos
- Preséntele su solicitud al programa dentro de un año de la fecha del delito, o explique por qué no se presentó a tiempo
- Si la víctima tenía menos de 18 años de edad el día del delito, presente una solicitud antes de que la víctima cumpla 19 años de edad, o explique por qué se presentó a tiempo.
- Coopere con las agencias policiales en la aprehensión y convicción de un criminal cometiendo el delito
- Coopere con el programa o sus representantes
- Usted NO debe haber incitado, provocado, o consentido al delito, ni tampoco debe haber estado asistiendo o cometiendo un acto criminal que le haya causado sus lesiones

¿Cuánto tiempo tomará?

Se realizarán pagos cuando se haya recibido toda la información requerida. Puede solicitar un Pago de Emergencia para ciertos tipos de gastos hasta \$2,000 o de Compensación a la Víctima al **800-777-9229**.

\$5,000 para gastos funerales y/o de entierro. La solicitud que incluya el informe del delito se procesará más rápido.

¿Qué pérdidas se podrán pagar?

- Gastos médicos/dentales de la víctima
- Asesoramiento o tratamiento de salud mental
- Pérdida de sueldo o salario
- Pérdida de mantenimiento para los dependientes de la víctima incapacitada o fallecida
- Gastos funerales y/o de entierro
- La limpieza del lugar del delito si es homicidio
- Modificaciones del hogar o vehículo para una víctima incapacitada
- Mejoras para el sistema de seguridad del hogar
- Gastos de mudanza o traslado

El programa podría pagar por gastos relacionados con el delito no cubiertos por seguro u otros recursos, no obstante, el total no puede ser mayor de \$70,000. Cada una de las pérdidas mencionadas arriba podrían tener sus propios límites. Debe familiarizar con dichos límites antes de asumir que el programa se los pagará.

- **No** le pueden pagar por propiedad perdida, dañada, o robada, o por dolor y sufrimiento
- **No** necesita un abogado u otro representante para recibir pagos
- Gastos de mudanza o traslado

Anéxele una copia de su acuerdo de arrendamiento a su solicitud. Debe proporcionar una carta de las agencias policiales indicando que los gastos fueron necesarios para su seguridad personal, o una carta de un proveedor de salud mental declarando que los gastos fueron necesarios para su bienestar emocional.

Para recibir ayuda contacte a:

- Su Centro local de *Victim/Witness Assistance Center*. Búsquelos en las páginas blancas del *gobierno* de su directorio telefónico local.
- La Unidad de Atención al Cliente del Programa

Solicitud Para Recibir Compensación por un Delito (Para la Víctima)

(Por favor escriba toda la información a máquina y use papel adicional si es necesario)

Información Personal

Necesitara un interprete? Sí No

Nombre de la Víctima (Nombre, Inicial, Apellido) _____

Domicilio de la Víctima: _____ Fecha de nacimiento de la Víctima: _____

Ciudad/Estado/Zona: _____ Número de Seguro Social de la Víctima _____

Teléfono: _____ Género de la Víctima: Masculino Femenino

Desde el delito ¿La Víctima ha estado en la prisión, en libertad vigilada, o en libertad condicional por algun delito?
 Sí No Fecha de fallecimiento si ha fallecido: _____

Su Nombre (Nombre, Inicial, Apellido): _____

(Si la Víctima es menor de edad, ha fallecido, o está incapacitada)

Su domicilio: _____ Su fecha de nacimiento: _____

Ciudad/Estado/Zona: _____ Su número de seguro social: _____

Teléfono diurno: _____ Su género: Masculino Femenino

Su relación a la Víctima: _____

Información Sobre el Delito

Agencia policial, CPS, o Agencia a quién se le reportó el delito: _____

Lugar del delito: _____ Fecha del delito: _____

Caso/Número del reporte del delito _____ Fecha en que se reportó el delito: _____

Tipo de delito (Código del delito sí lo conoce): _____

Describe las lesiones: _____

Persona(s) que cometió el delito (Sospechoso), si conocido (Nombre, Inicial, Apellido): _____

Información Sobre Pérdidas

Marque los gastos/pérdidas por los cuales está buscando compensación del Programa de Compensación a la Víctima. Debe tratar de recuperar sus pérdidas de cualquier y todo otro recurso(s).

Gastos médicos / dentales para la Víctima Limpieza del lugar del delito (solo para homicidios)

Asesoramiento o tratamiento para la salud mental Modificaciones (casa/vehículo) para una Víctima incapacitada

Pérdida de sueldo o salario Mejoras en el sistema de seguridad del hogar

Ayuda para dependientes de una Víctima fallecida o incapacitada Gastos de mudanza o traslado

Gastos de funeral y/o entierro

Cada persona solicitando compensación de éste programa debe presentar una solicitud separada

¿ Necesita otra solicitud para algun otra familiar u dependiente? Sí No

Si contesta que sí, ¿Cuántas solicitudes debe enviarle el programa? _____

¿La Víctima perdió tiempo de su trabajo debido a lesiones causadas por el delito? Sí No

¿La Víctima desea solicitar un Pago de Emergencia (definido como un Adelanto) para pérdidas de sueldo, cuentas médicas relacionadas con el delito, gastos funerales/entierro, o de mudanza/traslado de la víctima de violencia doméstica, asalto sexual, o crimen de odio? Sí No

Información del Empleador de la Víctima

Nombre de la empresa del empleador: _____

Persona a contactar _____ Número de teléfono _____

Domicilio _____ Ciudad/Estado/Zona _____

¿La Víctima está/estaba autoempleada? Sí No

Información del Proveedor (Añote los Proveedores de Servicio)

Nombre del proveedor(es) de servicio(s): 1. _____

2. _____

Domicilio: 1. _____ Ciudad/Estado/Zona 1. _____

2. _____ 2. _____

Número de teléfono 1. _____

2. _____

Use papel adicional si es necesario

Información de Reembolso / Recuperación

Salud Medi-Cal Medicare Auto Compensación Laboral Dueño (casa)/alquilador Ninguno

Nombre/compañía de seguro _____ No. Póliza _____ Número de teléfono _____

Nombre del asegurado _____ SSA del asegurado _____

¿Ha entablado una demanda civil o acción de seguro para este delito? Sí No No me he decidido

Nombre del abogado _____ Número de teléfono: _____

Otros posibles recursos de donde recibir reembolso/recuperación: _____

Use papel adicional si es necesario

Información del Representante

Representante de esta solicitud (Víctima/Testigo[V/W] Centro de Asistencia, abogado, otro)

Nombre del representante _____ Número de teléfono del representante _____

Nombre del centro de V/W y código _____ Si es abogado, No. de licencia estatal _____

Firma del representante: _____ Fecha _____

Otras Perdidas Cubiertas por el Programa

Por favor marque los apropiados:

Instalación o mejoras de dispositivos de seguridad en el hogar

Tareas de renovación o reacondicionamiento en el hogar o el vehículo para una víctima con incapacitada permanente

Limpieza del lugar del delito (solamente en caso de homicidio)

Divulgación de Información (Se debe firmar con la fecha esta autorización para poder ser considerado)

Le doy permiso a cualquier hospital, clínica, doctor, dentista, o proveedor de salud mental; a cualquier director de funeraria o persona similar; cualquier empleador; cualquier agencia del gobierno o de regulaciones, incluyendo el Dept. de Justicia, la Junta Estatal de Impuestos, y el Servicio de Impuestos Internos (IRS); cualquier compañía de seguro; o cualquier otra persona o agencia para que divulgue información relacionada con esta solicitud, incluyendo cualquier registro médico, de salud mental, y de condenas de felonías, al Programa de Compensación a la Víctima o sus representantes. Entiendo que la información se usará para determinar beneficios compensatorios, y el Programa solamente solicitará la información necesaria para decidir si compensar a la persona.

Entiendo que una fotocopia o FAX de este formulario firmado es tan válida como la original, y que mi firma da permiso para divulgar toda la información especificada en este formulario de autorización.

Entiendo que el Programa de Compensación a la Víctima o sus representantes puede tratar de conseguir restitución por parte del ofensor condenado en este caso para recuperar dinero que el programa haya pagado en mi nombre, y que al presentar esta solicitud he autorizado al programa para usar la información contenida en esta solicitud y otros reclamos posteriores con el fin de obtener restitución del ofensor condenado.

¿Quiere ser notificado por el programa si el tribunal fuera a llevar a cabo una audiencia de restitución? Sí No

Estoy de acuerdo con que el Programa de Compensación a la Víctima o sus representantes le provean información sobre esta solicitud a cualquier representante nombrado en la misma, agencia gubernamental, o cualquier proveedor de servicios médicos, dentales, funerales o de entierro, y le podrán pagar al proveedor directamente si se fuera a aprobar pago de estos servicios.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California (*Código Penal Secciones 72, 118, y 129*) que he leído todas las preguntas y la solicitud completada, y que según mi leal saber e información, todas mis respuestas son verídicas, correctas, y completas. También entiendo que si he incluido cualquier información que sea falsa, incompleta intencionalmente, o engañosa, me podrían encontrar responsable bajo el *Código del Gobierno Sección 12651* por presentar un reclamo falso y/o encontrarme culpable de un delito menor o mayor, castigable por seis meses o más en la cárcel del condado, hasta cuatro años en la prisión estatal, y /o ser multado hasta diez mil dólares (\$10,000).

Firmado: _____ Fecha _____

(Firma de la Víctima. Debe firmar el padre o guardián si la Víctima es menor de edad, ha fallecido, o está incapacitada.)

Mi Promesa al Programa (Se debe firmar con la fecha esta promesa para poder ser considerado)

Como lo requiere la ley de California, me pondré en contacto con el Programa de Compensación a la Víctima y le reembolsaré sus gastos si fuera a recibir cualquier pago de parte del ofensor, una demanda civil, póliza de seguro, o cualquier otra agencia del gobierno o privada en pago de los gastos por los cuales ya recibí pago por parte de este Programa. Entiendo que podría ser responsable de reembolsarle al Programa de Compensación a la Víctima cualquier cantidad que me hayan dado si se fuera a determinar posteriormente que no calificaba para dicha cantidad. Notificaré al Programa de Compensación a la Víctima si contrato a un abogado para representarme en cualquier acción relacionada con este delito, o si fuera a llevar a cabo una acción por mi cuenta. Cualquier dinero que reciba del Programa de Compensación a la Víctima para gastos de mudanza/traslado, mejorar el sistema de seguridad en el hogar, o para modificar una casa o vehículo para una víctima incapacitada se usará solamente para eso. Si soy víctima de violencia doméstica recibiendo dinero para mudarme/trasladarme, no le daré al ofensor mi domicilio, ni le permitiré que entre en mi propiedad en ningún momento, sino, pediré una orden inhibitoria en contra de él/ella.

Firmado: _____ Fecha _____

(Firma de la Víctima. Debe firmar el padre o guardián si la Víctima es menor de edad, ha fallecido, o está incapacitada.)

¿Cómo se enteró del Programa de Compensación a la Víctima?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Policía | <input type="checkbox"/> Centro de Asistencia a V/W | <input type="checkbox"/> Programas de Servicio a la Víctima |
| <input type="checkbox"/> Sheriff | <input type="checkbox"/> Servicios de Protección a Menores (CPS) | <input type="checkbox"/> Medio de prensa/TV, radio, periódico, etc. |
| <input type="checkbox"/> Patrullero de Autopista | <input type="checkbox"/> Servicios de Protección a Adultos | <input type="checkbox"/> 1-800-VICTIMS |
| <input type="checkbox"/> Fiscal del Distrito | <input type="checkbox"/> Proveedor de salud mental (nombre): _____ | |
| <input type="checkbox"/> Proveedor medico (nombre): _____ | | |

Información de Reportaje Federal

La siguiente información voluntaria de la víctima se usa solo para estadísticas y solamente para cumplir con las normas federales

¿Está incapacitada la Víctima? Sí No ¿Estaba incapacitada la Víctima antes de la fecha del delito? Sí No

Etnicidad de la Víctima Afro Americana Islas del Pacífico/Asia Caucásica Hispana Americano Nativo

Otra (nombre): _____

Para mayor información o consultas
Unidad del Servicio de Atención al Cliente VCP
1-800-777-9229

Servicio Rele de California para daños de escuchar
1-800-735-2929

Atención en todos los idiomas
PO Box 3036
Sacramento, California 95812-9915